

# Életvégi döntéshelyzetek A meghaláshoz nyújtott orvosi segítség: Klinikai kritériumok, USA

Kőműves Sándor

2016 második felében már négy amerikai tagállam is van, amelyben tagállami törvény szintjén kerül szabályozásra az orvos által asszisztált öngyilkosság. A *Compassion & Choices* szervezet – amely a legrégebbi és a legnagyobb elkötelezett amerikai nonprofit szervezet az életvégi ellátás színvonalának emelésére – azonban rámutatott egy olyan hiátusra, amit a nemkívánatos következmények elkerülése érdekében mindenképpen kívánatos lenne orvosolni. Egyrészt, hangsúlyozza a szervezet, a tagállami törvény megadja a cselekvés irányát, orientálja a cselekvőt, azonban nem ad meg minden szükséges eszközt a konkrét gyakorlati cselekvéshez. Másrészt a többi tagállamban is akadhatnak olyan orvosok, akik szeretnének segítséget nyújtani betegek öngyilkosságához, de nem áll rendelkezésükre elég információ a cselekvéshez. Az ilyen szándék tette váltását fontolgató orvosoknak természetesen – hangsúlyozza a szervezet – mindenképpen mérlegelniük kell tettük várható jogi következményeit is. Ezen várható jogi következmények valószínűsítése céljából tanácsos megfelelő és helyi tapasztalattal rendelkező jogással konzultálni, valamint segítheti az orientációt a folyamatban lévő amerikai ügyek (például *Brody v. Harris*, *Myers v. Scheiderman*, *Hooker v. Haslam*) nyomon követése is.

A *Compassion & Choices* szervezet a fent nevezett kellő konkrétumból eredő hiátus orvoslására 2012 júliusában létrehozta a *Physician Aid-in-Dying Clinical Criteria Committee-t* (A meghaláshoz nyújtott orvosi segítség klinikai kritériumainak bizottsága). A bizottság közvetlen célja egy gyakorlati útmutató megalkotása volt mindazon orvosok számára, akik hajlandóak segítséget nyújtani a terminális állapotban lévő döntésképes betegek halálához: „Az AID (Aid in Dying) gyakorlat irányelveként a Meghaláshoz Nyújtott Orvosi Segítség Klinikai Kritériumainak Bizottsága az orvosoknak e kritériumok elfogadását javasolja.” Ez a közvetlen cél egy tágabb célkitűzés keretébe illeszkedik: „A cél egyszerre az optimális életvégi betegellátás támogatása és a nyugodt halált kereső betegek értékeinek, céljainak és érdekeinek tiszteltben tartása.”

A megalkotott kritériumrendszer 2016 februárjában megjelent a *Journal of Palliative Medicine* folyóiratban *A meghaláshoz nyújtott orvosi segítség klinikai kritériumai* (*Clinical Criteria for Physician Aid in Dying*) címmel. Noha nem ez az első és nem is az egyetlen írás, amely a gyakorlati útmutatás szándékával íródott, jelentős előnye, hogy a szóban forgó gyakorlatnak az immár közel két évtizedes amerikai múltra visszatekintő tapasztalatát felhasználva fogalmazódott meg.

## Meghaláshoz nyújtott orvosi segítség: a terminológia kérdése

Fontos megértenünk azt a filozófiát, melynek szellemében a törvényalkotók dolgoztak, és megalkották az írott jogszabályt ahhoz, hogy valóban megérthessük az irányelv célkitűzését. Az irányelv tulajdonképpen azáltal, hogy a lehető legapróbb részletekbe menően gyakorlati útmutatót kíván nyújtani, a gyakorlat *szellemiségét* igyekszik *konkrét*, azaz a gyakorlatban használható formába önteni. Ez már a gyakorlat megnevezésére használt terminushoz fűzött megjegyzéssel elkezdődik: a szervezet *az orvos által asszisztált öngyilkosság* (*physician assisted suicide, PAS*) helyett a *meghaláshoz nyújtott orvosi segítség* (*aid in dying, AID*) kifejezés használatát tartja megfelelőnek. Itt nem terminológiai szörszálhasogatásról van szó, hanem olyan értelmezői igény megjelenéséről, amely a beteg, valamint a gyakorlatot affirmáló személyek értelmező perspektívájából kívánja újradefiniálni a szóban forgó gyakorlat lényegét.

### *Meghaláshoz nyújtott orvosi segítség:*

Az orvos az életnek véget vető gyógyszerrel ír fel a terminális állapotban lévő, döntésképesseggel rendelkező felnőtt betegnek.

A gyakorlat értelme – tudniillik a segítség – a beteg és a gyakorlatban részt vevő egyéb személyek azon morális elismerésre igényt tartó szándékából ered, mely szándék a beteg számára elviselhetetlen szenvedés megszüntetését tűzi ki célul. A szándékban foglalt tartalom realizálásának eszközeként választott cselekvés (a halálos adag gyógyszer felírása) a beteg számára lehetővé teszi, hogy tettének (a halálos adag gyógyszer szervezetébe történő bejuttatásának) következménye nagy valószínűséggel halálhoz vezessen. Az orvos által asszisztált öngyilkosság kifejezés-

sét a *Compassion & Choices* más szervezetekkel (*American Public Health Association, American Medical Women's Association, American Academy of Hospice and Palliative Medicine, American College of Legal Medicine, American Medical Students Association*) együtt nem tekinti megfelelőnek, ezért nem támogatja a használatát. Jól érzékelhető, hogy az esemény mára már hagyományosnak tekinthető büntetőjogi interpretációja mellett megjelent egy másik diskurzus értelmező keretrendszere, érvényesülésre törekvő igényével együtt.

## Alapvető kritériumok

Az irányelv korlátozza a meghaláshoz nyújtott orvosi segítségnyújtás lehetőségét azokra a személyekre, akik a gyakorlatot engedélyező amerikai tagállamok szabályozásaiban közös alapfeltételek többségét kielégítik. (Egyedül a tagállamhoz kötött lakos státusz nem szerepel az irányelv kritériumai között.)

*A gyakorlat igénylésének alapfeltételei a beteg részéről:*

1. terminális állapot
2. döntéshozó képesség
3. betöltött 18. életév

Alapelvként a kezelőorvosnak – az irányelv szerint – *vélelmezett döntéshozó képességből* kell kiindulnia. „A döntéshozó képességet az orvos állapítja meg, azonban megerősítheti egy lelki egészséggel foglalkozó szakember, amennyiben bizonytalanság mutatkozik.” A mentális zavarok szűrésének céljából a szerzők validált szűrőtesztet alkalmazását javasolják. [Oregonban például használatban van a Patient Health Questionnaire (PHQ-9)]. Amennyiben a beteget a döntéshozó képességét vizsgáló szakemberhez irányították, úgy a gyógyszer felírása előtt természetesen meg kell várni a vizsgálat eredményét.

## A tájékoztatáson alapuló beleegyezés biztosítása

Arról nincs szó – a félreértések időben történő eloszlátása végett –, hogy az irányelv a meghalásban nyújtott orvosi segítségnyújtást prioritással kezelné az életvégi ellátás egyéb formái között. A *tájékoztatáson alapuló beleegyezés/elutasítás (informed consent/refusal) doktrínáját* teljes mértékben tiszteletben tartva a dokumentum specifikálja azokat a követelményeket, melyeket a helyes gyakorlat megkövetel.

Az irányelv minden esetben az életvégi ellátási formák teljes spektrumának átbeszélését tartja alapvető kiindulópontnak, ide értve az A. *hospice*, a B. *agresszív tünetkezelés*, a C. *palliatív szedálás*, illetve a halál előidézésnek különféle formáit (a D. *meghalásban nyújtott orvosi segítséget*, az E. *evés és az ivás önkéntes abbahagyását*, az F. *életet meghosszabbító kezelések el nem kezdését vagy befejezését*): „Ezeket a lehetőségeket minden olyan beteggel át kell beszélni, aki terminális állapotban van, tekintet nélkül arra, hogy egyáltalán megfogalmazott-e meghaláshoz nyújtott orvosi segítség iránti igényt.”

Az alternatívák kellő részletességű ismerete a *beteg kérését* illető *megfelelő értékelés* egyik szükséges, de önmagában nem elégséges eleme. Tekintettel arra, hogy az autonóm döntést a lehetővé tett keretfeltételek között a *beteg személyes értékei* vezérlik, a gyakorlat során jelentős segítséget kaphat az orvos, ha sikerül feltárni ezeket a legfőbb értékeket. Különösen fontos megbizonyosodni arról, hogy a beteg valóban értékelt-e minden lehetséges életvégi ellátási formát, ezen mérlegelés végeredményeként kiválasztva azt, amelyik a személyes értékeihez a leginkább illeszthető. (Amerikai betegekről vannak olyan adataink, melyek szerint csak igen kevés beteg van tisztában a lehetséges alternatívákkal.) Az alapvető személyes értékek feltárásához, tudatosításához és a beszélgetésbe történő érdemi bevonásához az irányelv alkalmazható mintakérdéseket is megfogalmaz.

*Mintakérdések, melyeket az orvos feltehet azzal a szándékkal, hogy megbizonyosodjon, a beteg valóban megfontolt-e minden más, az AID mellett létező alternatív életvégi kezelési formát:*

1. Mi aggasztja a leginkább a jelenlegi tünetek, az ellátás vagy a kezelés vonatkozásában, és mit gondol, mivel lehetne az Ön számára a helyzetet elviselhetőbbé tenni?
2. Elképzelte-e már valaha, hogy a „jó halál” mit jelentene az Ön számára?
3. Hol szeretné eltölteni az utolsó napjait, és hol szeretne meghalni?

A döntéshozás szereplőinek terét az irányelv a mögöttes filozófia szellemében és a gyakorlati tapasztalatból desztillálva a hagyományos kétszereplős keretnél tágabban értelmezi. A kommunikáció tere nem szükségszerűen vagy minden esetben az orvos-beteg diadikus kapcsolat, a döntéshozás folyamatába az irányelv beemeli a

*Az alternatívák kellő részletes-ségű ismerete a beteg kérését illető megfelelő értékelés egyik szükséges, de önmagában nem elégséges eleme.*

*A szeretett személyek beteggel kapcsolatos ismeretei segíthetik az orvost a beteg valódi motivációjának a megértésében.*

betegnek a szereteteivel, a beteg szereteteinek az orvossal, esetlegesen az összes érintett szereplő együttes részvételével történő csoportos beszélgetéseket is. Az irányelv bátorítja az orvost, támogatassa a beteget abban, hogy az beszélgetéseket kezdeményezzen a szereteteivel az életvégi ellátással kapcsolatos, az ellátás vonatkozásában fontos személyes értékeiről, illetve próbálja bevonni a szereteteit az orvossal történő beszélgetésekbe. „Hangsúlyos javaslatunk, hogy a beteg beszélje át az élet végével kapcsolatos terveit (EOL plans) a rokonaival és a szereteteivel. Amennyiben egy terminális állapotban lévő beteg amiatt aggódik, hogy egy családtag informálása a jelenlegi helyzetéről nehézséget okozhat, akkor azokat az indokokat, melyek az információ elzárása mögött állnak, mélységig fel kell tárni, és meg kell érteni.” A szeretett személyek beteggel kapcsolatos ismeretei segíthetik az orvost a beteg valódi motivációjának a megértésében. A beszélgetéseknek az is tartalmi részét képezheti, hogy a beteg elmondja, kit szeretne maga mellett érezni, amikor beveszi a halálos adag gyógyszert. Az ilyen és az ehhez hasonló beszélgetések az eddigi tapasztalatok szerint az érintettek számára rendszerint nagy jelentőséggel bírnak.

*A meghaláshoz nyújtott orvosi segítség megalapozott kéréséhez szükséges tartalmi (ismereti) elemek a beteg részéről:*

1. A diagnózis ismerete.
2. A prognózis ismerete.
3. Tisztában van azzal, hogy a felírt gyógyszer bevétele nagy valószínűséggel halálhoz vezet.
4. Tisztában van azzal, hogy a gyógyszer szervezetbe juttatása hányingert vagy hányást okozhat, esetleg, noha csekély valószínűséggel, nem idézi elő a halált, így akár vissza is nyerheti az öntudatát.
5. Az életnek véget vető gyógyszer mellett létező alternatívák ismerete.
6. Tudomása van arról, hogy bármikor visszavonhatja a meghaláshoz nyújtott orvosi segítségnyújtás során használt gyógyszer felírására vonatkozó kérését, illetve bármikor elállhat a gyógyszer bevitelétől/szervezetbe juttatásától.

Azok a tagállamok, ahol a meghaláshoz nyújtott orvosi segítség törvényi szabályozás alatt áll, a törvények a beteg szándékának első kifejezése után minimum 15 nap elteltét, majd egy második

szándéknyilatkozatot is megkövetelnek. Az irányelv ezt a kötelező várakozási időszakot az esetek nagy részében indokoltnak tartja, de nem az összes esetben. Előfordulnak olyan esetek, mondják a dokumentum szerzői, ahol a döntés előkészítése a lehető legnagyobb körültekintés mellett történik meg, így az orvos kellő bizonyosságot tud szerezni arról, hogy a kérés a beteg részéről önkéntes, észszerű, illetve tartósan fennálló igényt jelenít meg. Ahol a bizonyosság ilyen mértéke nem biztosítható, ott a várakozási idő valóban szükséges, elengedhetetlen biztosíték: „A [beteg] kérés[e] és a recept felírása közé helyezett időszak rendszerint eloszlatja az itt felmerülő kétségeket. ...A bizottság azonban azon az állásponton van, hogy a kötelező 15 napos várakozási idő egyes betegeket csak szükségtelen és elviselhetetlen fájdalomnak és szenvedésnek tesz ki, ezért nem követelhető meg minden esetben.”

## A gyógyszer és a betegedukáció

A beteg jóváhagyott kérését a gyógyszer felírása és a gyógyszer kiváltásával kapcsolatos teendők követik. A dokumentum azt tanácsolja, hogy az orvos a recept felírását követően értesítse azt a gyógyszerterázt, ahol a beteg várhatóan kiváltja majd a felírt gyógyszert. Ezzel elegendő időt ad a gyógyszerésznek arra, hogy morális álláspontjának megfelelően cselekedhessen. Amennyiben közreműködő szerepet vállal, biztosíthatja a gyógyszert arra az időpontra, amikor a beteg felkeresi a gyógyszerterázt. Amennyiben azonban morálisan ellenzi ezt a gyakorlatot, minden jogi következmény nélkül elállhat a tevékenységben való aktív közreműködéstől.

A gyógyszerprotokoll két lépcsőből áll: az első lépés antiemetikum (20 mg metoklopramid vagy 4–8 mg ondansetron vagy 20 mg proklorperazin), amit második lépésként 45–60 perc elteltével követ a gyors hatású barbiturát (például 9 g secobarbital vagy pentobarbital). A betegnek természetesen azzal is tisztában kell lennie, hogy hogyan tudja bevenni a felírt szert. Az irányelv külön kiemeli az oregoni szabályozást, ahol a szer „önmagának történő beadása” (self-administration) alatt értik a szer szívószállal, pohárból való kiszívását vagy a pohárból való kiszűrőcsövel is. A por alapú barbiturátot fél pohár vízben kell feloldani és elkeverni. Fontos, hogy az így feloldott gyógyszert a beteg gyorsan igya meg (30–120 másodpercen belül), ellenkező esetben előfordulhat, hogy a beteg elalszik, még mielőtt bevehetné a teljes adagot. Ezt követően, ha a beteg szeretné, ihat a folyadékra más folyadékot (például ivólevet). Arra is figyelni kell,

hogy 4–6 órával a gyógyszer bevétele előtt a beteg ne fogyasszon zsíros ételt.

A rendelkezésünkre álló oregoni és a washingtoni adatokból is kitűnik, hogy nem minden felírt szer kerül bevitelre, vagyis a betegek egy része kiváltja ugyan a gyógyszert, de vagy elhalálozik, még mielőtt bevenné a szert, vagy pedig eláll attól a szándékától, hogy a gyógyszerrel öngyilkosságot követhessen el. Ez utalhat arra, hogy egyes betegeknek megnyugtató már maga a lehetőség, hogy rendelkezésükre áll a megfelelő szer, mellyel haláluk körülményeit – amennyiben az öngyilkosság mellett döntenek – biztosíthatják.

## Az utolsó pillanatok, a halál körülményei

Az irányelv említi a betegnek azt a lehetséges kívánságát is, hogy az orvosa legyen mellette, amikor beveszi a halálos adat gyógyszert. E lehetőség mérlegelését a dokumentum az orvosra bízta. Az orvos jelenlétét támogatja abban az esetben, amikor ez az orvos szándéka is, de nem tartja megfelelőnek, amennyiben az orvos és a

betege között lévő kapcsolat minősége ezt nem indokolja. Az azonban mindenképpen kívánatos, mondja az irányelv, hogy valaki legyen a beteg mellett a halálakor, hogy a halál beállta után értesíteni tudjon egy illetékes személyt. Ha a beteg hospice intézményben halálozott el, akkor ez a személy lehet a hospice személyzet valamelyik tagja, de illetékes lehet a beteg orvosa vagy például a temetkezési vállalat. Fontos tudatosítani a halál tényéről értesítést nyújtó személlyel, hogy a rendőrség értesítése ilyen esetekben – minthogy nem történt bűncselekmény, illetve nem merül fel bűncselekmény gyanúja – nem szükséges. A halál közvetlen okaként pedig, a titoktartás megőrzése végett – hasonlóan az oregoni vagy a washingtoni gyakorlathoz – a halotti bizonyítványon a „természetes” ok megnevezését javasolják, vagyis a légzési elégtelenség vagy az alapbetegség feltűntetését.

—  
A szerző: egyetemi tanársegéd (Debreceni Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Népegészségügyi Kar).  
E-mail: komuves.sandor@sph.unideb.hu

## Irodalom

- Bostwick JM, Cohen LM. Differentiating suicide from life-ending acts and end-of-life decisions: A model based on chronic kidney disease and dialysis. *Psychosomatics* 2009; 50:1-7.
- Dunn P, Reagan B. (eds). Task Force to Improve the Care of Terminally-Ill Oregonians: The Oregon Death with Dignity Act: A Guidebook for Health Care Professionals. Portland, OR: The Center for Ethics in Health Care, Oregon Health & Science University, 2008.
- Online elérhetőség: <https://www.ohsu.edu/xd/education/continuing-education/center-for-ethics/ethics-outreach/upload/Oregon-Death-with-Dignity-Act-Guidebook.pdf>. (Hozzáférés dátuma: 2016. 04. 08.)
- Kömvés S. Életvégi döntéshelyzetek – Orvos által asszisztált öngyilkosság: Amerikai Egyesült Államok LAM (*Legge Artis Medicinæ*) 2016;26(05-06):303-307.
- Kühler M. Szeretet, autonómia és a tájékoztatáson alapuló beleegyezés. In: Az autonómia és határai. Dufner A, Kömvés S, Rózsa E (szerk.). Debrecen: Debrecen University Press; 2016. p. 113-27.
- Orentlicher D, Pope TM, Rich BA. Physician aid-in-dying clinical criteria committee. Clinical criteria for physician aid in dying. *Journal of Palliative Medicine* 2016;19(3).
- Online elérhetőség: <http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/jpm.2015.0092>. (Hozzáférés dátuma: 2016. 04. 08.)
- Supplementary material: Clinical criteria for physician aid in dying.
- Online elérhetőség: [http://online.liebertpub.com/doi/suppl/10.1089/jpm.2015.0092/suppl\\_file/Supp\\_Data.pdf](http://online.liebertpub.com/doi/suppl/10.1089/jpm.2015.0092/suppl_file/Supp_Data.pdf). (Hozzáférés dátuma: 2016. 04. 08.)
- Silveira MJ, DiPiero A, Gerrity MS, Feudtner C. Patients' knowledge of options at the end of life: Ignorance in the face of death. *JAMA* 2000;284:2483-8.
- Washington State Psychological Association: The Washington Death with Dignity Act: WSPA Guidelines for Mental Health Professionals. Washington State Psychological Association, 2009.
- Online elérhetőség: [http://endoflifewa.org/wp-content/uploads/2014/08/WSPA-DWD\\_Guidelines\\_6-3-09.pdf](http://endoflifewa.org/wp-content/uploads/2014/08/WSPA-DWD_Guidelines_6-3-09.pdf). (Hozzáférés dátuma: 2016. 04. 08.)
- Wright AA, Zhang B, Ray A, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA* 2008;300:1665-73.